様式第１号（第６条関係）

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金申請書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

申請者　住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄
電話番号

幸田町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり幸田町がん患者アピアランスケア支援事業補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付の事務に当たり、幸田町長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

１　補助対象者

ふりがな		生年月日	年　　月　　日
氏　　名	□ 申請者と同じ		
住　　所	〒 □ 申請者と同じ		

２　がんの治療状況

医療機関名	
疾患名	
治療方法	□ 手術　□ 放射線　□ 薬剤 □ その他（　　）

３　申請内容

補整具の種類	頭部補整具	胸部補整具	エピテーゼ
補整具の購入について他で助成を受けたことがあるか	□ ない　□ ある	□ ない　□ ある	□ ない　□ ある
補助対象経費	①　　円(税込)	②　　円(税込)	③　　円(税込)
交付申請額※	④　　円	⑤　　円	⑥　　円
交付申請合計額（④＋⑤＋⑥）	円		

※　①、②又は③の額の２分の１（１，０００円未満切捨て）とし、それぞれの上限を各２万円とする。